

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 78

LE

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Décembre 1932

PAR

Pierre VIGNALOU

EXTERNE DES HÔPITAUX

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Né à DAX (Landes), le 22 février 1903.

Examineurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur.....	<i>Président.</i>
PORTMANN, professeur.....	<i>Juges.</i>
JEANNENEY, agrégé.....	
BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 78

LE

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Décembre 1932

PAR

Pierre VIGNALOU

EXTERNE DES HÔPITAUX

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Né à DAX (Landes), le 22 février 1903.

Examineurs de la Thèse

{	MM. TEULIÈRES, professeur.....	Président.
	PORTMANN, professeur.....	{ Juges.
	JEANNENEY, agrégé.....	
	BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET A MA MERE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES SOEURS — A MON FRERE

A MA BELLE-MERE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MONSIEUR L'ABBÉ JOSEPH MARTIN

*Licencié ès lettres et en droit,
Docteur en théologie,
Directeur de l'Association catholique des Etudiants
de l'Université de Bordeaux.*

AUX RR. PP. BOULANGER ET TH. LACRAMPE

des Frères Prêcheurs.

A MES CAMARADES D'ETUDE ET AMIS
M. DEPARIS, Y. GAUBERT, P. SOURREIL,
ET F.-J. TRAISSAC

A MES MAÎTRES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE
MESSIEURS LES PROFESSEURS DU COLLEGE
DE NARBONNE, DES LYCÉES DE TOULON, DE TOULOUSE
ET DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR SECOUSSE

*Médecin des Hôpitaux,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. BEAUVIEUX

*Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHER
MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET
MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN
MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES
MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER (*in Memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

FONCTIONS D'INTERNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIERES

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, -
Officier de l'Instruction publique.*

LE

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

DEFINITION, LIMITES ET DIVISION DU SUJET

Au point de vue anatomique, le terme de *lipome* désigne les tumeurs développées aux dépens du tissu adipeux et exclusivement constituées par des cellules graisseuses. Ainsi définies, de telles tumeurs existent bien au niveau de la conjonctive oculaire; mais on y observe aussi, et beaucoup plus fréquemment, des tumeurs à prédominance lipomatéuse dans lesquelles on rencontre, à l'examen microscopique, des formations ectodermiques variées, telles que poils, bulbes pileux, glandes sébacées ou glandes sudoripares; des vaisseaux, du tissu conjonctif, du tissu fibreux, des fibres musculaires et même du cartilage. Ainsi donc, à côté du *lipome pur*, on peut observer sous la conjonctive oculaire des *dermo-lipomes*, des *angio-lipomes*, des *fibro-lipomes*, des *myo-fibro-lipomes*, des *chondro-lipomes*, ou encore des *adéno-fibro-chondro-lipomes*, etc.

Au point de vue clinique, que ces lipomes soient purs ou associés à d'autres formations, ils offrent à considérer une symptomatologie unique. A vrai dire, la tumeur peut, selon

les cas, offrir des aspects légèrement différents les uns des autres. Mais, en dernière analyse, ces variations, fort légères d'ailleurs, ne correspondent ordinairement pas à des types histologiques définis. En sorte que le terme de *lipome* pris au sens clinique doit être beaucoup plus large qu'au sens anatomo-pathologique et englober toutes les tumeurs lipomateuses où prédomine le tissu adipeux.

C'est de ce point de vue que nous avons envisagé la question des lipomes sous-conjonctivaux, éliminant seulement de notre étude les formations adipeuses siégeant au même niveau, mais ne constituant pas des tumeurs, comme les hernies de la graisse orbitaire et les pingueculæ.

Nous étudierons successivement :

1° *l'historique de la question;*

2° *l'étiologie;*

3° *la pathogénie;*

4° *l'anatomie pathologique;*

5° *la symptomatologie;*

6° *l'évolution;*

7° *le diagnostic;*

8° *le traitement.*

A la suite de quoi nous exposerons trois observations inédites de lipomes sous-conjonctivaux récemment étudiés à la clinique ophtalmologique de l'Université de Bordeaux, ainsi que quelques autres cas plus anciens destinés à illustrer le texte de cette étude.

II

HISTORIQUE

La première observation de lipome sous-conjonctival semble remonter à 1742. Cette année-là, en effet, Mauchart ⁽¹⁾ signalait l'existence d'une tumeur d'apparence graisseuse et couverte de poils, siégeant à la surface du globe oculaire. Vingt-quatre ans plus tard, en 1766, Cazelles ⁽²⁾ décrivait à son tour, mais avec beaucoup plus de détails, une semblable tumeur sur la nature de laquelle il ne se prononça pas. A ces premières observations s'ajoutèrent, en 1822, celle de de Græfe père, qui donna à l'affection le terme de *thricosis bulbi*, puis, en 1833, celle de Ryba ⁽³⁾ qui, après avoir étudié soigneusement la structure de la tumeur, changea ce nom pour celui de *lipodermoïde*. Il tenta même de donner une explication pathogénique, considérant qu'il s'agissait là d'îlots de paupière qui, au cours du développement embryogénique, étaient restés adhérents au globe oculaire.

En 1854, Kranka ⁽⁴⁾ signalait un cas de lipome sous-conjonctival pur de l'œil droit, et Virchow ⁽⁵⁾ en rapportait un second dans lequel une couche épithéliale sans poils ni glandes revêtait la tumeur. Un cas analogue est rapporté deux ans plus tard par A. de Græfe ⁽⁶⁾, qui émet l'opinion

(1) In J.-J. Cancerer, *Diss. de conjunctivæ et corneæ oculi tunicarum vesiculis*, § 13, 1742.

(2) *Prager Vierteljahrschrift*, t. II, 1853.

(3) *Annales d'oculistique*, t. XXX, p. 105, 1854.

(4) *Arch. für patholog. anat. und physiol.*, B. VI, 1854.

(5) *Arch. für ophthalm.*, B. III, 1856.

que de telles tumeurs prennent sans doute naissance aux dépens du tissu graisseux de l'orbite.

Par contre, en 1858, Heyfelder⁽⁶⁾ trouva dans un dermo-lipome des glandes sudoripares parfaitement constituées. Alessi de Gualteri⁽⁷⁾ fit connaître, en 1862, un autre fait où la tumeur provoquait, par son volume, un strabisme très gênant pour le sujet et dont celui-ci fut débarrassé par l'extirpation du lipome.

De Weker⁽⁸⁾ décrivit aussi deux cas de lipodermoides; l'un en 1862, qui ne contenait pas de glandes, et l'autre en 1866; celui-ci était pourvu de poils et de glandes sébacées. L'auteur expliquait la présence de ces attributs ectodermiques en disant que le revêtement cutané du fœtus, invaginé pour former la conjonctive, pouvait ne pas perdre sur toute sa surface sa structure dermique; en la conservant sur quelques points, il donnait naissance aux dermo-lipomes sous-conjonctivaux.

En 1868, Manz combattit vigoureusement cette théorie; elle était, pour lui, nettement insuffisante et n'aurait pu expliquer le fait que ces sortes de lipomes s'accompagnent fréquemment de malformations congénitales. Il rapportait en effet une observation dans laquelle un colobome palpébral et une bande cutanée s'étendant de la peau du front à la cornée compliquaient un cas de lipodermoidé sous-conjonctival. Il rapporta à l'existence de brides amniotiques accidentellement et temporairement adhérentes au corps du fœtus l'apparition simultanée de la tumeur et de ces deux malformations.

Puis apparurent successivement les observations de Fano⁽⁹⁾, de Galezowski⁽¹⁰⁾, d'Emmert⁽¹¹⁾, de Richard-

(6) *Deutsch Klin.*, n° 28, 1858.

(7) *Annales d'oculistique*, 1862, p. 41. Voir, dans cette thèse, obs. XII.

(8) *Traité pratique des maladies des yeux*, 2^e éd., t. I, 1880.

(9) *Gazette des Hôpitaux*, 1869, n° 27, et *Annales d'oculistique*, t. XLIX, p. 24.

(10) *Journal d'ophtalmologie*, 1872.

(11) *Centralblatt, f. Schweiz Aerzte*, 1873.

Derby⁽¹²⁾ et de Scheiss-Gemuseus⁽¹³⁾, dont le cas tenait, de par sa nature et sa localisation, le milieu entre le lipome sous-conjonctival et le dermoïde du limbe scléro-cornéen; en 1880, celle de Claeys⁽¹⁴⁾ (de Gand); en 1881, celle de Badal⁽¹⁵⁾.

A deux années d'intervalle, Van Duyse⁽¹⁶⁾ et Wicherkie-wicz⁽¹⁷⁾ attirèrent l'attention sur la coexistence de ces tumeurs avec malformations congénitales, telles que bec-de-lièvre, tumeurs pré-auriculaires, etc., et se rallièrent à la conception pathogénique des brides amniotiques de Manz.

Alt⁽¹⁸⁾ observa lui aussi plusieurs lipomes et il crut pouvoir affirmer que l'affection siégeait dans tous les cas à la limite scléro-cornéenne. Hirschberg⁽¹⁹⁾ (de Berlin) et Birnbacher (de Gratz) s'élevèrent aussitôt contre cette conception en décrivant longuement le cas d'une jeune fille de 18 ans qui présentait une semblable tumeur dans la région équatoriale de la sclérotique.

Au Congrès de Naples de 1885, Gallenga⁽²⁰⁾ présenta encore quatre observations de lipome sous-conjonctival où l'examen histologique révéla la présence de quelques bulbes de poils et de glandes sudoripares et sébacées noyés dans un abondant tissu adipeux. Quelques temps après, il cita un cinquième cas où il ne trouva plus aucune de ces formations, mais un fragment de cartilage assez important, entouré d'éléments glandulaires lobulés. Il trouva une grande analogie entre cette disposition et la structure de la *membrana nictitans* de certains animaux et pensa que l'on pouvait rapporter la formation de ce nouveau cas à un retour anormal et partiel à l'état atavistique.

(12) *Transactions of the American ophthalmic Society*, N. Y. 1878.

(13) *Zehender's Monatsblatter f. Augenheil*, p. 135-138, 1877.

(14) *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1880.

(15) *Leçons sur l'opération de la cataracte précédées d'observations diverses*, 1881, p. 93.

(16) *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1882.

(17) *Hirschberg's Centralblatt. f. pr. Augenheilkunde*, Januar 1884.

(18) *American Journal of Ophthalmology*, S. 39, 1883.

(19) *Centralblatt. für praktische Augenheilkunde*, 1883.

(20) *Annales d'oculistique*, 1885, p. 215.

Talko ⁽²¹⁾, en 1888, découvrit des éléments identiques dans les coupes d'un lipome: l'appareil glandulaire possédait même un appareil excréteur. Néanmoins cet auteur n'eut pas recours à l'explication pathogénique de Gallenga et crut plus simplement avoir à faire à un *chondro-lipo-adénome*.

Labat ⁽²²⁾ décrit la même affection chez l'animal. Nous devons encore citer les observations de Bogel ⁽²³⁾, de Wuedermann ⁽²⁴⁾, de Wallenberg ⁽²⁵⁾, de Truc ⁽²⁶⁾, de Reuss ⁽²⁷⁾, de Wolf ⁽²⁸⁾, de Marcus Gun ⁽²⁹⁾, de Fuchs ⁽³⁰⁾, et de Knapp ⁽³¹⁾, dont l'intérêt n'est plus aujourd'hui que purement historique. Nous nous arrêterons davantage sur celles de Rieck ⁽³²⁾ où l'auteur attire l'attention sur le fait que, dans certains dermo-lipomes, les éléments ectodermiques sont tellement rares qu'ils peuvent passer inaperçus à l'œil de l'observateur. Que celui-ci pratique donc de très nombreuses coupes en séries et, sans doute, par ce moyen, trouvera-t-il moins de lipomes purs qu'il ne pensait auparavant.

Brault ⁽³³⁾, en 1897; Querenghi ⁽³⁴⁾ et Rogmann ⁽³⁵⁾, en 1898, ayant appliqué cette méthode, affirmèrent cependant n'avoir trouvé dans leurs préparations que du tissu adipeux. Un pareil examen permettait de conclure que le lipome sous-conjonctival ne contient pas toujours d'éléments dermoïdes.

La même année, Nobbes ⁽³⁶⁾ faisait paraître un travail tendant, au contraire, à montrer que les lipomes purs sous-con-

(21) *Zehender's Monatsblätter*, 1888, XXVI, 5-20.

(22) *Revue vétérinaire*, avril 1886.

(23) *Graef's Archives*, 1886, t. XXXII, p. 129.

(24) *American Journal of Ophtalmology*, sept. 1888.

(25) *Über die Dermoid geschwulste des Auges*. Königsberg, 1889.

(26) *In Hadjemetrius*. Thèse de Montpellier, 1890.

(27) *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1891, t. XV, p. 184.

(28) *Zehender's Monatsblätter*, Bd XXIX, 1891.

(29) *Ophtalm. Review*, sept. 1889.

(30) *K. K. geselsch. d. Aerzte*, 1892.

(31) *Congrès d'Utrecht*, 1899.

(32) *Archives für Augenheilkunde*, 1871, Bd XXII, p. 239.

(33) *Archives d'ophtalmologie*, t. XVII, 1897, p. 440.

(34) *Archives d'ophtalmologie*, t. XVIII, 1898.

(35) *Annales d'oculistique*, t. CXIX, 1898, p. 81.

(36) *Archives für ophtalmologie*, t. XLIV, p. 334.

jonctivaux n'existent pas. Il fallut toute l'autorité du professeur Lagrange ⁽³⁷⁾, de Bordeaux, pour mettre un terme à ce débat et reconnaître avec lui, pièces en mains, qu'à côté des dermo-lipomes, de beaucoup les plus fréquents, il fallait faire une place aux lipomes purs dont l'existence n'est plus discutable aujourd'hui.

Et, de fait, ne voyons-nous pas, depuis cette mise au point magistrale, des ophtalmologistes rapporter des cas tantôt de lipomes purs, tantôt de lipodermoides ? Parmi les premiers, nous signalerons Hosch ⁽³⁸⁾, le Professeur Rollet ⁽³⁹⁾, de Lyon; Bourtzeff et Bellarminoff ⁽⁴⁰⁾, Gallemaerts ⁽⁴¹⁾, Carboni ⁽⁴²⁾; parmi les seconds, le Professeur de Laperonne ⁽⁴³⁾, Marc Landolt ⁽⁴⁴⁾, Krailsheimer ⁽⁴⁵⁾, Weidler ⁽⁴⁶⁾, Miller ⁽⁴⁷⁾, Scoccianti ⁽⁴⁸⁾ et Carmi ⁽⁴⁹⁾. Hosch et Rollet ont même pu observer à la fois des lipomes et des dermo-lipomes.

Parmi ces observations récentes, il est intéressant de remarquer que quatre d'entre elles signalent la coexistence d'autres malformations. Le sujet du Professeur de Laperonne était porteur d'une ectopie de la pupille et d'un colobome choroïdien; celui du professeur Rollet, d'un molluscum fibreux du tragus. Marc Landolt décrit chez son malade un dermoïde de la cornée et deux ébauches d'oreilles supplémentaires et Gallemaerts un dermoïde de la cornée et une ébauche de coloboma de la choroïde.

(37) *Archives d'ophtalmologie*, t. XX, 1900, p. 299.

(38) *Ann. für ophtalmologie*, 1906.

(39) *Congrès d'ophtalmologie d'Oxford et The Ophthalmoscope*, 1907, p. 481.

(40) *Wiestnick ophtalmologïe*, 1907.

(41) *Annales d'oculistique*, t. CLVI, p. 216-218, 1919.

(42) *Revue générale d'ophtalmologie*, t. XXXIX, p. 418, 1919.

(43) *In* Quesnel, Thèse de Paris, 1903, p. 7.

(44) *Archives d'ophtalmologie*, t. XXXII, 1912, p. 377.

(45) *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, t. XIII, 1913, p. 798.

(46) *Arch. of ophtalmology*, N. Y., L. I., 1922, p. 404.

(47) *South American Journal*, t. XVI, 1923, p. 42-43.

(48) *Ann. di Ottalmologia e Clin. Ocul.*, t. III, p. 253-257, 1925.

(49) *Ann. di Ottalmologia e Clinica Ocul.*, p. 612-618, 1926.

III

ETIOLOGIE

Le lipome sous-conjonctival constitue une affection assez rare. Dans sa thèse d'agrégation, Picqué n'avait pu en réunir que 94 cas en faisant porter sa statistique sur une période de cent quarante-trois années; ce qui donne un coefficient de 0,63 par année. Nous-même avons obtenu un coefficient sensiblement inférieur (0,56) en ne trouvant que 48 cas dans la littérature des années 1900 à 1932.

La fréquence de ces tumeurs varie avec le sexe et avec l'âge. Les femmes en sont atteintes avec prédilection. D'après les observations que nous avons réunies, le pourcentage s'élève à 58,8 pour le sexe féminin et ce chiffre concorde assez bien avec ceux donnés par les anciens auteurs.

Le lipome s'observe à tout âge; les deux chiffres extrêmes que nous avons trouvés sont ceux de 4 jours et de 75 ans (1). Cependant, le maximum de fréquence s'observe à l'époque de la vie comprise entre 15 et 25 ans. Si l'on songe que c'est à cet âge que les jeunes filles, le plus souvent en cause, deviennent coquettes, on s'étonnera moins de cette particularité. La tumeur est, en effet, admirablement tolérée dans la presque totalité des cas et elle constitue plus une disgrâce physique qu'une gêne pour le sujet qui en est porteur. Celui-ci peut même ignorer très longtemps l'existence de son mal. Sæmisch (2) s'appuyait sur ce fait pour penser que le lipome

(1) Cas de M. le Professeur agrégé Beauvieux (voir, dans cette thèse, Obs. II).

(2) *Archives für Ophtalmologie*, X, 4-5, 245.

était, dans tous les cas, une malformation congénitale. Lagrange était aussi de cet avis et il faut reconnaître que la localisation toujours la même de cette affection, qui, de plus, est souvent symétrique, semble confirmer cette hypothèse.

Cependant, certains auteurs, tels que Mathieu, Rollet, affirment que, dans quelques cas, le néoplasme est véritablement acquis.

Ces mêmes auteurs évoquent, dans ces cas, le rhumatisme articulaire aigu à titre de *cause adjuvante*. Ils assimilent ainsi le lipome sous-conjonctival acquis à ces pseudo-lipomes symétriques décrits par Desnos et par Potain ⁽³⁾, qui apparaissent disséminés sur les membres et sur le tronc des vieux arthritiques. Le cas exposé dans notre observation II semble justifier cette manière de voir, bien qu'on ne s'explique pas que les lipomes sous-conjonctivaux des rhumatisants ne s'accompagnent jamais de pseudo-lipomes multiples, symétriques.

Quant à l'hérédité, elle ne semble jouer aucun rôle. Les auteurs ne l'ont jamais mise en cause et, à ce point de vue, nous n'avons rien trouvé dans les observations que nous avons étudiées.

(3) *Bulletin de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*, 1891, p. 369.

IV

PATHOGENIE

Le nombre des théories cherchant à expliquer la pathogénie du lipome sous-conjonctival nous fait déjà pressentir l'incertitude qui plane sur l'origine de cette tumeur. D'où vient-elle ? Aux dépens de quels tissus s'est-elle développée ? Sous quelles influences a-t-elle apparu ? C'est ce que Ryba, de Weker, de Græfe, Bögel, Nobbès, Gallenga, Osborn, Manz, van Duyse, Lannelongue et tant d'autres ont successivement essayé d'expliquer.

NATURE NŒVIQUE DE LA TUMEUR. — De Græfe père a tout d'abord voulu identifier le dermolipome qu'il avait observé avec un simple *nævus* de la conjonctive. Si, dans certains cas, l'aspect extérieur peut faire penser à une tache nœvique ou même à un *nævus* peu pigmenté, du moins un simple examen microscopique lève tous les doutes à ce sujet et permet d'écarter définitivement une telle conception. Les deux éléments caractéristiques des *nævi* font ici complètement défaut : à savoir les cellules rameuses de Langherans qui devraient être chargées de mélanine et accrues de nombre, et les *cellules nœviques* qui sont des éléments plus ou moins arrondis, dont le protoplasme clair condensé à la périphérie est dépourvu de filaments d'union et tacheté ou non de granules mélaniques. L'évolution de notre affection, toujours bénigne, plaide elle aussi contre l'opinion de de Græfe. Car, comme le dit M. Letulle (1), « un mélanomé

(1) *Anatomie pathologique*, Masson, 1931, t. I, p. 492.

ectodermique bénin, à quelque variété qu'il appartienne, est susceptible de donner naissance à un cancer ». Or, on n'a jamais observé de cas de nævo-carcinome de la conjonctive consécutif à un lipome.

THÉORIE DE L'ÉPIDERMISATION DE LA CONJONCTIVE. — Ryba est le père de cette théorie, la deuxième en date dans l'histoire du lipome.

Cet auteur part du fait que la peau et les muqueuses, toutes dérivées de l'ectoderme, ont cependant des caractères différents. Et il émet l'idée que cette différenciation pourrait provenir de ce que, durant la vie embryonnaire, l'une est exposée au liquide amniotique alors que les autres sont préservées de son contact.

D'autre part, chacun sait que, chez le fœtus, les deux paupières se soudent l'une à l'autre, dans le courant du troisième mois, pour ne se séparer que peu de temps avant la naissance. Que cette soudure ne s'effectue pas dans la vie intra-utérine, et voilà la muqueuse oculaire exposée, comme la peau, à l'action du liquide amniotique. C'est là, pour Ryba, l'origine du dermo-lipome où l'on trouve, noyés dans du tissu adipeux, quelques éléments épidermiques tels que les poils, les glandes sébacées et sudoripares.

On peut tout d'abord reprocher à cette théorie de ne pas expliquer la présence des lipomes purs. Mais on peut surtout lui opposer le fait que l'absence congénitale de paupières ne s'accompagne nullement d'épidermisation de la conjonctive oculaire.

THÉORIE DE DE WEKER. — La théorie de de Weker est juste l'opposé de la précédente, tout en rattachant la pathogénie du lipome à un même ordre de faits.

De Weker pense en effet que cette lésion représente une portion épidermisée de la conjonctive; mais ce n'est pour lui qu'un îlot non différencié de la conjonctive primitive, qui, partout ailleurs, aurait acquis une nouvelle structure.

Il n'est pas démontré que la conjonctive embryonnaire possède des attributs ectodermiques. C'est ce qui nous fait tenir pour incertaine cette deuxième théorie. De plus, comme la précédente, elle ne nous explique pas la coexistence fréquente d'autres malformations, colobomes, kystes dermoïdes, etc.

THÉORIE DE L'ENCLAVEMENT ECTODERMIQUE. — Bögel, Wage-
nau, Nobbes et Sæmisch ont rapproché le dermo-lipome du
dermoïde précornéen. Pour eux, il ne s'agirait là que d'une
inclusion, d'un « pincement » de l'ectoderme sous la conjon-
ctive, comme il en existe si fréquemment au niveau des fentes
branchiales. Osborn et Tillaux, qui se sont ralliés à cette
conception, ont précisé que l'enclavement se faisait au mo-
ment où l'ectoderme s'invagine vers la vésicule optique pri-
mitive pour former la vésicule cristallinienne.

Ce processus expliquerait fort bien le siège des dermo-lipo-
mes du limbe scléro-cornéen, mais il ne peut être invoqué
dans les cas où une portion de sclérotique saine sépare la
tumeur des limites de la cornée.

THÉORIE DE GALLENGA. — Nous avons vu, en étudiant l'his-
torique de la question, que cet auteur avait observé un cas de
lipome au sein duquel on mettait en évidence du cartilage
accompagné de glandes en grappe. Il se trouve que cette
disposition représente précisément la structure de la mem-
brane nictitante, ou troisième paupière, que possèdent quel-
ques animaux. Le fœtus humain présente lui aussi un rudi-
ment de membrane nictitante. Par suite d'une pression exa-
gérée des paupières soudées, pense Gallenga, cette membrane
serait appliquée si fortement contre le globe oculaire qu'elle
adhérerait à la conjonctive. Lors de sa régression, et la por-
tion libre tirant sur la portion fixée, il se produirait, entre
ces deux dernières, une solution de continuité, laissant un
véritable îlot fixé à la portion bulbaire de la muqueuse.

Plusieurs objections se dressent encore contre cette théorie.
La membrane nictitante est-elle, à quelque moment de la vie

embryonnaire, assez importante pour atteindre la portion externe de la sclérotique, siège le plus fréquent du lipome ? Une telle disposition n'a jamais été observée. De plus, il serait normal de rencontrer des îlots de paupière dans la portion interne du globe, là où cette membrane est constante; or, c'est là aussi que n'apparaît jamais cette malformation.

Les colobomes, les bandes cutanées reliant le front à la cornée (cas de Manz), les molluscum, les dermoïdes de la cornée, qui accompagnent souvent la tumeur, restent eux aussi inexpliqués par cette théorie.

THÉORIE DES BRIDES AMNIOTIQUES. — Nous en venons à la théorie moderne, celle qui compte aujourd'hui le plus de partisans. Ce fut celle de Manz, de Van Duyse, de Lannelongue (2). Nous en empruntons le clair exposé à Elisée Quesnel (3).

« Tandis que les paupières ne sont pas encore fermées, c'est-à-dire entre le vingtième et le soixante-cinquième jour de la vie intra-utérine, il s'établirait une adhérence entre l'amnios et le globe de l'œil. Cette adhérence est-elle faible? Est-elle passagère? Il y a seulement invagination de quelques éléments ectodermiques et formation d'un lipome ou d'un dermolipome. Persiste-t-elle plus longtemps? Elle empêche le développement des paupières dont la hauteur est inférieure à la normale. Que la durée d'adhérence se prolonge encore, et l'on verra la paupière supérieure s'échancrer pour venir, dans ses autres parties, se souder à la paupière inférieure; il y aura colobome palpébral. »

Le colobome palpébral, dit Van Duyse, est dû à une adhérence pathologique intra-utérine, circonscrite, temporaire, entre l'amnios, d'une part, et, d'autre part, le tégument externe qui recouvre chez l'embryon, la vésicule oculaire. Le dermoïde épibulbaire qui accompagne, dans la majorité des cas, l'anomalie palpébrale, correspond au point où une bride

(2) Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*, p. 161, Paris, 1900.

(3) Thèse de Paris, 1903, p. 26.

amniotique circonscrite demeure soudée avec la membrane qui s'étend au-devant de l'œil fœtal.

On a fréquemment observé d'autres malformations coexistant avec la présence de brides amniotiques; telles sont la division du maxillaire inférieur, la division du pavillon de l'oreille, les amputations congénitales d'un membre, les ectromélies et les phocomélies des tératologistes. Les anciens auteurs rapportaient également toutes ces affections à l'existence des brides.

Les auteurs modernes, au contraire, le Professeur Ombrédanne⁽³⁾ entre autres, tout en reconnaissant que ces malformations apparaissent en même temps que les brides amniotiques, ne voient cependant pas en cela de relation de cause à effet. Il y aurait simplement coexistence de deux anomalies relevant toutes deux d'un seul et même processus ulcératif : d'une part, ulcération de l'amnios donnant la bride; d'autre part, ulcération des parties embryonnaires d'où résultent les sillons, les amputations, etc.

Il est, en effet, difficile de reconnaître aux faibles et rares brides une résistance suffisante pour amputer un membre ou empêcher son développement. Mais lorsqu'il s'agit de l'œil et d'une malformation telle que le dermo-lipome, nous croyons, au contraire, qu'il faut revenir à la conception de la bride cause du mal. L'ulcération de la vésicule optique donnerait peut-être une aplasie ou une absence du globe, mais certainement pas une tumeur sous-conjonctivale; alors que rien n'empêche de penser que l'amnios, dérivé de l'ectoderme et inclus sous la conjonctive, puisse donner à son tour des éléments ectodermiques.

ORIGINE DU LIPOME PUR. — Pour Lagrange, il s'agit tout simplement, d'un dysembryome, les tumeurs congénitales pouvant intéresser n'importe quel tissu.

Hock et de Græfe pensaient que ces lipomes prenaient leur

(3) *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*, Masson, 1925, p. 747.

point de départ dans le tissu graisseux de l'orbite. Il est vrai que, dans quelques cas, lipome et atmosphère adipeuse de l'orbite sont en continuité; mais, le plus souvent, le lipome est bien circonscrit et ne se continue nullement en arrière du globe. Pour ces cas, la question est toute tranchée. Quant aux autres, ils ne reconnaissent pas d'autre origine pour Lagrange. En effet, un lipome rétro-bulbaire, avant de perforer la capsule de Tenon pour faire hernie sous la conjonctive, commencerait par exorbits l'œil. Il déterminerait aussi des troubles de compression vasculaire et nerveuse.

Un seul cas de ce genre a été relevé dans la littérature mondiale du lipome. C'est celui de Knapp ⁽⁴⁾ (de New-York) qui observait chez son sujet : de l'exophtalmie, un gonflement considérable des deux paupières et une atrophie du nerf optique avec perte totale de la vision. Le lipome ne siégeait d'ailleurs pas sous la conjonctive bulbaire, mais sous les conjonctives palpébrales; il n'était que secondairement sous-conjonctival. Ce cas est tout à fait exceptionnel et c'est à lui seul que s'applique la pathogénie de Hock et de de Græfe.

THÉORIE NERVEUSE DU LIPOME. — Certains auteurs ⁽⁵⁾ ont voulu rapprocher du lipome sous-conjonctival les lipomes diffus symétriques du tronc et des membres dont l'existence avait été constatée chez des arthritiques par Potain ⁽⁶⁾, puis par Desnos ⁽⁷⁾. Et comme ces derniers, on a voulu appliquer à la lésion oculaire la théorie nerveuse de Bucquoy et de Mathieu.

Pour ceux-ci, les lipomes symétriques sont dus à des tropho-névroses qui déterminent tout d'abord des œdèmes localisés, ou pseudo-lipomes. A leur niveau, s'opèrent bientôt

(4) Voir obs. XIII, à la fin de cette thèse.

(5) Mazé, Thèse de Lyon, 1910, p. 17.

(6) Note sur une variété de tumeur lipomateuse. Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 10 juillet 1891.

(7) Un nouveau fait de lipomes diffus symétriques d'origine arthritique. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891, p. 369.

des dystrophies adipeuses qui engendrent à leur tour des lipomes vrais.

Malgré l'analogie que peuvent présenter avec les lipomes du corps les lipomes sous-conjonctivaux, il nous paraît difficile d'appliquer à ceux-ci l'explication pathogénique de ceux-là. Ils diffèrent d'abord les uns des autres par plusieurs points.

Une douleur locale accusée précède l'apparition des lipomes de Desnos et Potain; au contraire, le lipome sous-conjonctival reste silencieux à n'importe quel stade de son évolution. La phase pseudo-lipomateuse, caractéristique des lipomes symétriques, n'a jamais été constatée au niveau du globe oculaire.

L'arthritique voit ses pseudo-lipomes croître ou décroître très rapidement sous l'influence des variations atmosphériques, qui sont sans effet sur le volume du lipome sous-conjonctival.

La diathèse arthritique elle-même, cause des lipomes diffus, n'a été relevée que très exceptionnellement chez les porteurs de tumeurs sous-conjonctivales.

Nous remarquerons enfin qu'il est curieux que l'on n'ait jamais noté la coexistence, chez un même sujet, de lipomes sous-conjonctivaux et de lipomes diffus symétriques du reste du corps.

Pour toutes ces raisons, nous croyons devoir tenir pour fort incertaine l'identification de ces deux groupes de lésions et rejeter la théorie nerveuse du lipome sous-conjonctival.

*
* *

En résumé, nous devons penser aujourd'hui que les lipomes purs sont des dysembryomes et que les dermo-lipomes sont dus à l'existence, dans la vie intra-utérine, de brides amniotiques.

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, la tumeur se présente sous la forme d'une petite masse ovalaire dont le grand axe mesure de 6 à 12 millimètres et le petit axe 4 millimètres environ. On aperçoit quelquefois un petit lambeau de conjonctive resté adhérent à sa surface. Ce lambeau peut être modifié et présenter quelques taches d'un jaune brillant.

Dans d'autre cas, c'est une masse qui a toute l'apparence de la graisse; elle est légèrement lobulée et lisse sur toutes ses faces. C'est le cas le plus fréquent pour les lipomes purs.

Il est rare de voir un ou plusieurs poils, très ténus d'ailleurs, faire saillie à la surface de la tumeur, qui est alors et toujours un lipodermoïde.

La consistance de la masse est molle dans son ensemble; pseudo-fluctuante et fluide sur le vivant, elle ne tarde pas à se figer quelques minutes après son ablation. Quelquefois aussi elle présente à la palpation quelques points plus fermes et mal délimités.

La tumeur n'offre pas de résistance à la coupe. La surface de celle-ci apparaît homogène le plus souvent; cependant, Lagrange lui a vu présenter une fois un aspect kystique, et la pression du doigt en faisait sourdre du sébum.

Microscopiquement, l'aspect des coupes change avec la variété du lipome à laquelle on a affaire. Le plus simple est celui qu'offre à considérer le lipome pur. C'est celui que nous décrirons le premier et il nous servira de base pour la description des autres types de tumeur.

a) LIPOME. — La structure du *lipome pur* est des plus simples. A un faible grossissement, on aperçoit des plages très claires séparées les unes des autres par des cloisons conjonctives foncées. Ces plages, qui représentent les lobules graisseux, sont inégales; les unes grandes et mal limitées, d'autres plus petites et entourées de parois de tissu conjonctif plus ou moins épaisses. Ces cloisons servent de support à des vaisseaux sanguins et à des troncles nerveux. En dehors de cette lobulation, on n'aperçoit aucune autre systématisation à l'intérieur de la tumeur. Elle est, en particulier, dépourvue de hile vasculaire.

Au fort grossissement, nous apercevons d'énormes cellules adipeuses, deux ou trois fois plus grosses qu'à l'état sain. Elles sont caractérisées par leur enveloppe, leur noyau refoulé à la périphérie et par une grosse gouttelette de graisse coagulée par les réactifs ou quelquefois désagrégée par un processus dégénératif. Les cloisons sont formées par du tissu conjonctif dont on aperçoit nettement les fibres. En certains endroits apparaît souvent du tissu fibreux en plus ou moins grande quantité. Le stroma connectif est assez riche en vaisseaux sanguins semés quelquefois de petits éléments adipeux, des lipoblastes, et de nombreuses mastzellen.

Telle est la structure du lipome pur. On peut dire que les autres variétés de lipome découlent de ce type primitif (morphologiquement parlant).

En effet, supposons que, dans le cas décrit, la gangue interstitielle séparant les lobules adipeux devienne prédominante, prenne un aspect fibreux, et nous sommes en présence d'un *fibro-lipome*. Qu'un grand nombre de vaisseaux apparaisse dans les cloisons conjonctives, qu'ils les débordent même, et nous aurons à faire à un *angio-lipome*. Un *chondro-lipome* sera caractérisé par la présence, au sein de notre tumeur primitive, d'un fragment de tissu cartilagineux. Dans un cas ⁽¹⁾, nous avons même vu le tissu tumoral

(1) Cas de M. le Professeur Teulière (voir ci-dessous obs. I de cette thèse.

infiltré de très nombreux éléments lymphatiques agminés ou à l'état diffus; on apercevait en outre des vaisseaux lymphatiques gorgés de lymphocytes moyens. Une néoformation de cet ordre pourrait être désignée sous le nom de *lympho-lipome*.

Plusieurs de ces formations peuvent, du reste, coexister dans la même tumeur, qui deviendra alors, selon les cas, un angio-fibro-lipome, un fibro-chondro-lipome, un angio-chondro-lipome, ou un angio-fibro-chondro-lipome.

b) **DERMO-LIPOME.** — Examinés à un faible grossissement, les dermo-lipomes présentent deux portions différentes : une portion superficielle à laquelle adhère souvent la conjonctive, portion d'aspect hétérogène, sombre, et une portion profonde, plus claire, rappelant tout à fait le lipome pur.

Voici ce que l'on observe au faible grossissement d'après M. Morax ⁽²⁾ qui, sous le titre de lipome de la conjonctive, n'a d'ailleurs étudié que cette variété.

A la surface de la tumeur existe un revêtement épithélial particulier et un tissu conjonctivo-élastique sous-jacent. Si l'on examine les coupes fines faites perpendiculairement à la surface de la tumeur, on voit que l'épithélium stratifié présente une évolution cornée de ses couches superficielles qui le fait ressembler à l'épiderme. A la couche épithéliale se rattache une série d'organes : follicules pileux, glandes sébacées, glandes sudoripares que l'on trouve en nombre et dispositions très variables suivant les cas et qui pénètrent dans la couche sous-épithéliale. Le voisinage des glandes lacrymales a quelquefois fait constater dans les coupes des glandes acino-tubuleuses qui, vraisemblablement, ne font pas partie intégrante de la tumeur.

Cette couche, d'épaisseur variable, montre des faisceaux conjonctifs assez denses, des fibres élastiques nombreuses, quelques vaisseaux et des fibres musculaires lisses.

(2) *Pathologie oculaire; histo-pathologie de l'œil et de ses annexes*, 1921, p. 76.

Au-dessous de cette couche, les tractus conjonctifs deviennent de plus en plus lâches et circonscrivent des lobules de cellules adipeuses qui constituent la partie principale de la tumeur.

La partie dermoïde de la lésion peut être si peu étendue par rapport au développement de la partie adipeuse que l'on en peut méconnaître l'existence.

Telle est la description du type que l'on pourrait dénommer *dermo-lipome pur*, puisque constitué d'éléments dermoïdes incorporés, ou plutôt sus-jacents à un lipome pur.

Mais que ces éléments apparaissent au niveau de l'une des tumeurs précédemment étudiées, et l'on aura de nouvelles variétés, telles que les *dermo-lipo-chondromes*, les *adéno-fibro-dermo-lympho-lipomes*, etc.

VI

ETUDE CLINIQUE

Le malade qui viendra nous trouver pour un lipome sous-conjonctival sera, le plus souvent, un adolescent du sexe féminin. Cette jeune fille aura ressenti, depuis quelque temps, une certaine gêne sous sa paupière supérieure et, ayant relevé celle-ci, elle aura découvert la petite tumeur passée jusque-là inaperçue.

Ou bien, ce sera un sujet plus âgé qui savait être porteur de sa lésion « depuis toujours », nous dira-t-il, mais qui aura remarqué, à son niveau, une certaine augmentation de volume qui l'aura inquiété.

Nous pourrons être enfin appelé auprès d'un nouveau-né chez lequel la sage-femme aura constaté une tumeur qui *montre le nez* sous la paupière supérieure.

Comme *signes fonctionnels*, les sujets n'accusent jamais de douleur véritable, mais une simple gêne qu'ils comparent à un tiraillement et qui n'apparaît qu'avec certaines directions du regard. Les mouvements de l'œil peuvent être gênés, de même que ceux de la paupière supérieure, que le malade abaisse avec difficulté. Enfin, ce n'est que tout à fait exceptionnellement ⁽¹⁾ qu'un lipome assez volumineux cause de la diplopie par strabisme inféro-interne.

Le plus souvent, les signes fonctionnels sont nuls; la tumeur est complètement silencieuse, et c'est ce qui explique que le malade ignore si longtemps sa lésion, qui est découverte fortuitement ou à l'occasion d'un examen oculaire.

(1) Cas d'Alessi de Gualtari (voir ci-dessous, obs. XII).

Recherchons les *signes physiques* de notre affection. Dans la majorité des cas, nous ne constaterons rien d'anormal lorsque le sujet regardera en face. La tumeur devra être particulièrement volumineuse pour trahir sa présence par une voussure de la paupière ou pour faire légèrement saillie par la fente palpébrale. Pour l'examiner, nous devons faire regarder le malade en bas et du côté opposé à sa lésion et retourner complètement la paupière supérieure, ou l'écarter à l'aide d'un blépharostat.

Dans cette position, on aperçoit la tumeur siégeant dans la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur. Le *siège* exact le plus fréquemment observé est la portion de conjonctivite située entre le droit supérieur et le droit externe. Cette zone peut être plus ou moins débordée soit en avant, vers le limbre scléro-cornéen, qui peut être même atteint, soit en arrière, vers le fond de l'orbite. Panas (2) a décrit une forme exceptionnelle où le lipome siégeait à la partie interne du fornix inférieur.

Le *volume* de cette tumeur varie en général de celui d'un petit pois à celui d'une grosse noisette. Les auteurs la comparent à une amande, un pois, un gros grain de raisin, une noisette, voire même à une noix (Alessi), ce qui constitue un record.

Sa *forme* est le plus habituellement celle d'un ovoïde dont le grand axe serait dirigé selon un méridien du globe, ou, au contraire, parallèle à l'équateur. On a exceptionnellement rencontré des formes sphériques, semi-lunaires. La saillie constituée par la tumeur est tantôt plate, comme abrasée, tantôt arrondie. De Lapersonnè en a même observé un cas où la masse était acuminée et dont le sommet s'ornait de quelques poils. Lorsque l'on a affaire à des lipomes purs, il n'est pas rare d'en trouver la surface lobulée (Carboni) (3).

(2) *Archives d'ophtalmologie*, janv. 1902.

(3) Contribuito clinico ed anatomico alla conoscenza dei lipomi puri sotto-congiuntivali. *Bolletino di Oculistica di Firenze*, 1925.

La *coloration* de ces tumeurs est jaunâtre, tirant d'autant plus sur le jaune que la masse adipeuse est abondante ou superficielle.

Au niveau de la lésion, la conjonctive peut n'être pas modifiée; elle présente alors sa vascularisation normale et glisse facilement sur les plans sous-jacents. Dans ces cas, il s'agit toujours d'un lipome pur. Lorsqu'il s'agit de dermo-lipomes, au contraire, la conjonctive est toujours modifiée : elle semble épaissie, infiltrée, et présente des plaques jaunâtres ou nacrées du volume d'un grain de blé. C'est aussi dans ce cas qu'on peut observer l'existence de poils.

Lagrange ⁽⁴⁾ avait émis l'idée que l'adhérence de la conjonctive à la tumeur pouvait constituer un élément de diagnostic différentiel entre le dermo-lipome, où elle était constante, et le lipome pur, où elle faisait toujours défaut. En réalité, les lipomes purs peuvent eux aussi adhérer à la conjonctive, comme l'ont montré Bourtzeff ⁽⁵⁾ et Rollet ⁽⁶⁾. Mais, dans ces cas, il n'existe naturellement pas de poils à leur surface, particularité qui peut aussi manquer à certains dermo-lipomes.

Pour en finir avec l'inspection macroscopique, nous dirons que la tumeur peut être bien limitée ou que, au contraire, ses bords sont parfois mal définis. Il est, dans certains cas, malaisé d'en déterminer la limite postérieure, à cause de l'existence d'un prolongement qui semble s'étendre loin derrière le globe et se continuer peut-être avec la graisse orbitaire.

À la palpation, on s'aperçoit que cette masse est *indolore*. Sa *consistance*, variable avec les types histologiques, est molle uniformément, ou présente quelques points plus résistants. Elle est, le plus souvent, presque fluide, pseudo-fluctuante, fuyant sous le doigt qui voudrait la palper.

(4) *Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, t. I, p. 80, Paris, 1901.

(5) *Wiernick ophthalmologie*, 1907 (voir ci-dessous obs. VII de cette thèse).

(6) *Congrès d'ophtalmologie d'Oxford*, 1907.

Rarement fixée sur les plans profonds et exceptionnellement enchâtonnée dans une sorte de logette, la tumeur présente ordinairement une grande *mobilité* sous la conjonctive.

Si nous demandons au sujet de porter son regard dans ses différentes positions, nous n'observons aucune limitation des mouvements du globe. Mais, dans les cas où la tumeur adhère à la conjonctive, nous verrons celle-ci se plisser entre le limbe scléro-cornéen et la tumeur, lorsque le sujet regardera en haut et du côté de sa lésion.

Nous avons déjà dit que l'affection frappait parfois l'autre œil d'une manière symétrique et nous avons signalé la co-existence fréquente de malformations congénitales. Les plus courantes d'entre elles sont représentées par les colobomes palpébraux, les dermoïdes de la cornée et les déformations de la conque de l'oreille.

VII

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le lipome sous-conjonctival, que la plupart des auteurs considèrent comme congénital, peut, dès la naissance, rester fixé dans son évolution. Les cas ne sont pas rares, en effet, où un sujet adulte prétend avoir toujours vu sa tumeur dans l'état où il la montre à son médecin.

Plus fréquemment, cependant, le lipome augmente de volume. Cet accroissement peut être rapide; il se produit surtout alors à l'époque de la puberté. Il peut être, au contraire, lent et insidieux et mettra jusqu'à huit années pour atteindre son volume définitif (Lagrange).

Dans tous les cas, l'évolution est toujours bénigne. On a quelquefois noté de l'irritation de la conjonctive provoquée par le frottement d'un poil dépassant la surface de la tumeur.

C'est très exceptionnellement que le lipome a pu provoquer mécaniquement du strabisme, entraînant, comme symptôme fonctionnel, de la diplopie. On relève également un cas où, par son volume, la tumeur empêchait la complète occlusion des paupières.

Mais, ordinairement, le lipome est incapable de provoquer le moindre trouble visuel.

Une fois enlevé chirurgicalement, il ne récidive jamais.

Nous pourrions donc dire de lui ce que le Professeur M. Letulle⁽¹⁾ écrivait à propos du lipome en général, à savoir qu'il paraît être l'une des variétés les plus simples et les plus bénignes des dysembryomes.

(1) *Anatomie pathologique*, Masson, 1931, t. I, p. 124.

VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique positif de lipome sous-conjonctival est facile à faire d'après les signes précédemment étudiés. Pour affirmer la nature de la tumeur, on se basera sur son aspect, sur son siège, sur l'absence de signes fonctionnels et sur la bénignité de son évolution.

Il ne sera pas aussi aisé de distinguer la *variété* de lipome à laquelle on aura affaire. Le diagnostic n'en sera certain que dans deux conditions seulement : 1° Lorsque la conjonctive est mobile sur la tumeur, on peut affirmer qu'il s'agit de lipome pur; 2° quand on constate l'existence de poils à la surface de la lésion, il s'agit toujours d'un dermo-lipome. Mais qu'il y ait simple adhérence de la conjonctive à la tumeur et le diagnostic ne pourra se faire que par l'analyse microscopique — car, en effet, certains lipomes peuvent adhérer aux plans superficiels et l'on peut rencontrer des dermo-lipomes dépourvus de poils.

C'est encore l'examen histologique seul qui pourra préciser la nature angio, lympho, chondro ou fibromateuse du lipome.

On ne prendra pas pour un lipome sous-conjonctival une *hernie graisseuse de l'orbite*. Celle-ci peut provenir d'une atmosphère adipeuse normale ou d'un lipome rétro-capsulaire ayant effondré la capsule de Tenon et envahissant l'espace sous-conjonctival. Le siège de ces hernies, la coloration et la consistance de leur masse rendent extrêmement difficile ce diagnostic différentiel. Quelques cas de ce genre figu-

rent dans la littérature sous le nom de lipomes sous-conjonctivaux, tel celui décrit par Knapp ⁽¹⁾, de New-York. Plaident en faveur de ces hernies, la notion de tumeur acquise, leur continuité avec le tissu orbitaire et un certain degré de réductibilité. En réalité, ces trois caractères ont peu de valeur. En effet : 1° la notion de congénitalité est très difficile à établir pour les lipomes; 2° il est des lipomes sous-conjonctivaux vrais qui envoient un prolongement vers l'orbite; 3° la réductibilité d'un lipome proliférant à origine rétro-bulbaire doit être des plus minimes et fort malaisée à apprécier. Bien souvent le diagnostic restera pendant même après l'intervention et l'examen histologique.

Et cependant, il est important d'être fixé à ce sujet, car, si l'opération est la même dans tous les cas, le pronostic varie et s'assombrit avec le lipome orbitaire; celui-ci provoquant des troubles de compression au niveau du nerf optique et pouvant donner des récidives d'extériorisation.

Il serait aussi préjudiciable de prendre pour un lipome bénin un *dermo-épithéliome de Parinaud* ⁽²⁾. Malheureusement, cette tumeur, d'ailleurs peu maligne, présente, avec le lipome, bien des analogies : même siège, mêmes dimensions au début, coloration sensiblement analogue, mobilité sur la sclérotique et apparition chez de jeunes sujets. Mais, de plus, le néoplasme de Parinaud présente un aspect demi-translucide et « une tendance à se développer en nappe et à envahir la cornée sur une assez grande étendue de son bord ».

Les autres affections à éliminer prêtent moins à confusion.

Les *pingueculæ*, qui sont aussi des masses graisseuses, siègent en regard de la fente palpébrale. Elles n'apparaissent pas avant l'âge de 25 à 30 ans.

Le *kyste séreux* de la conjonctive est une petite tumeur transparente et fluctuante. Examinée à la lampe à fente de

(1) IX^e Congrès international d'ophtalmologie, Utrecht, 1889 (Voir ci-dessous obs. XIII).

(2) *Archives d'ophtalmologie*, 1884, t. IV, p. 349.

Gambs, il apparaît bridé par les vaisseaux de la conjonctive qui lui donnent un aspect lobulé.

Les *polypes* de la conjonctive sont également des tumeurs bénignes; mais elles sont pédiculées et s'implantent sur la conjonctive, au lieu d'être sous-jacentes à celle-ci. Leur lieu d'élection n'est pas d'ailleurs celui du lipome, mais le pli suivant lequel la conjonctive oculaire passe du globe à la face postérieure des deux paupières.

Les *granulomes* prêtent encore moins à confusion; ce sont des végétations de la conjonctive apparaissant sous forme de saillies rouges, fongueuses. On ne les observe qu'après un traumatisme de la conjonctive ou chez des sujets lymphatiques.

Le *papillome* est encore une tumeur pédiculée. Ce qui le différencie surtout du lipome, c'est qu'il s'accompagne de signes réactionnels inflammatoires extrêmement violents, et en particulier d'une injection périkeratique intense.

Il peut exister, très rarement il est vrai, une localisation oculaire de la *ladrerie*. Le *Cysticercus cellulosæ* du ténia solium peut se loger sous la conjonctive bulbaire, et le kyste présente alors assez d'analogies avec le lipome sous-conjonctival. Sichel la décrit comme une « tumeur kystique rose pâle, presque diaphane au centre, où l'on reconnaît, dans la majorité des cas, un disque blanchâtre ou jaunâtre circonscrit, se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérant à la sclérotique par le centre de sa face postérieure ». Généralement, ce kyste diffère du lipome par sa consistance qui est rénitente et non pseudo-fluctuante.

Les *dermoïdes* de la conjonctive ou du limbe scléro-cornéen sont arrondis, de volume très variable (de la grosseur d'une lentille à celle d'un grain de raisin) et de consistance fibreuse. Leur surface est souvent ornée de poils. On n'aura à discuter ce diagnostic que dans les cas de dermo-lipomes.

La seule préoccupation d'être complet nous fera mentionner encore une lésion rarissime, l'*ostéome sous-conjonctival*.

Quoique exceptionnelle (la littérature mondiale n'en rapporte qu'une douzaine de cas), cette tumeur présente, avec le lipome sous-conjonctival, de très nombreuses analogies. Comme lui, elle est congénitale, se localise sous la conjonctive, au niveau du segment supéro-externe de l'œil, passe longtemps inaperçue et possède les mêmes dimensions. Sa consistance seule diffère de celle du lipome.

Nous n'insisterons pas davantage sur les tumeurs malignes de la conjonctive. Les *épithéliomas* et les *sarcomes* ne présentent ni l'aspect ni l'évolution des tumeurs lipomateuses.

Une *glande lacrymale aberrante*, par contre, est parfaitement capable de donner le change et d'en imposer pour un lipome sous-conjonctival, à un premier examen. Mais on découvrira chez elle une lobulation caractéristique encore plus visible à l'aide du microscope cornéen qui décelera également l'existence de canalicules excréteurs. Encore s'agit-il là d'une très rare éventualité.

IX

TRAITEMENT

Le *traitement chirurgical* est le seul traitement applicable au lipome sous-conjonctival.

Les auteurs anciens avaient essayé des cautérisations par les agents chimiques. Kranka ⁽¹⁾ vit régresser une tumeur par des applications de teinture d'iode. Claeys ⁽²⁾, au contraire, détermina par cette méthode des phénomènes irritatifs fort désagréables et n'empêcha nullement la lésion de croître. Le procédé est infidèle et inélégant.

D'ailleurs, l'intervention sanglante ne présente aucun inconvénient.

L'extirpation du lipome non adhérent est des plus simples. On pratique tout d'abord une boutonnière conjonctivale par où la tumeur s'extériorise souvent d'elle-même. On la décortique facilement et on referme l'orifice par deux points à la soie.

Pour l'ablation des fibromes adhérents et des dermo-lipomes, M. le Professeur Terrien ⁽³⁾ conseille d'adopter la technique suivante : « La conjonctive est incisée sur la tumeur parallèlement au fornix et celle-ci disséquée à petits coups avec les ciseaux demi-mousses courbes. On se gardera de toucher au tissu cellulo-grasieux de l'orbite qui se continue souvent sans transition avec celui de la tumeur. Après l'ablation, la conjonctive est suturée. »

Le jeune âge des sujets n'est pas une contre-indication à

(1) *Annales d'oculistique*, 1834, p. 103.

(2) *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1880.

(3) *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*, Masson, 1921, p. 404.

l'opération. Mais, étant donné la bénignité du pronostic, rien n'empêche d'attendre, pour intervenir, que l'enfant soit plus âgé.

Les *suites opératoires* sont toujours normales. Le sujet est mis au repos général et garde un pansement légèrement compressif les jours suivants.

On a rarement observé des *complications postopératoires*. Les agents chimiques déterminaient autrefois des *symlépharons* considérables. Aujourd'hui, M. le Professeur de Laperrière a signalé l'apparition d'un *symlépharon léger*. Le Professeur Rollet a vu un *papillome* apparaître à la place d'un dermo-lipome enlevé quelques années auparavant.

Les complications graves sont tout à fait exceptionnelles. Il faut remonter jusqu'en 1869 pour trouver un cas où l'extirpation du lipome amena la phtisie du globe, puis une ophtalmie sympathique de l'œil opposé (Fano) ⁽⁴⁾.

(4) *Gazette des Hôpitaux*, 1869, n° 27.

X

OBSERVATIONS

Nous ne voulons pas, dans ce dernier chapitre, réunir toutes les observations publiées relatives au lipome sous-conjonctival; notre bibliographie donne assez de renseignements à ce sujet. Nous reproduisons seulement ici :

1° trois observations inédites, afin de compléter la liste des publications parues sur la question;

2° trois observations illustrant ce que nous disions à propos du lipome pur typique;

3° un exemple de lipome adhérent pouvant être confondu cliniquement avec un dermo-lipome dépourvu de poils;

4° l'observation d'un dermo-lipome typique;

5° celle d'un dermo-lipome sans poils;

6° deux cas de lipomes compliqués d'autres anomalies congénitales des plus fréquentes;

7° enfin deux exemples de cas atypiques, l'un par le volume de la tumeur et l'autre par son origine orbitaire (lipome devenu secondairement sous-conjonctival).

1° Observations inédites.

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TEULIÈRES.)

Mlle P..., 13 ans, de Lesparre, vient pour la première fois à la consultation du Professeur Teulières, le 6 octobre 1931, parce qu'elle est incommodée par une « grosseur » appliquée contre son œil gauche et dont la famille a constaté l'existence depuis assez longtemps.

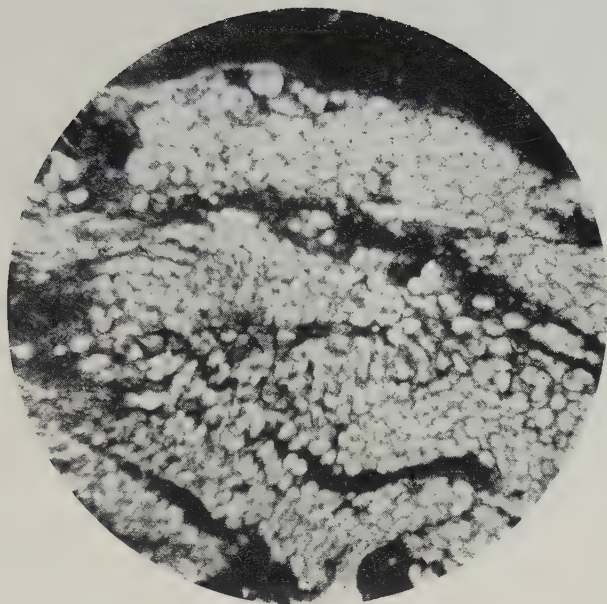


FIG. I. — Lipome sous-conjonctival vu au faible grossissement.

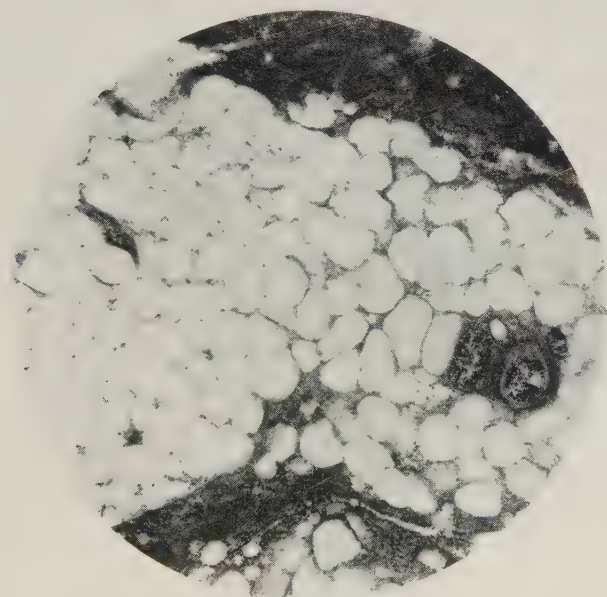


FIG. II. — La même coupe vue à un fort grossissement. En plus du tissu adipeux et des travées fibreuses, on aperçoit deux vaisseaux lymphatiques et une infiltration lymphocytaire particulière.

(Microphotographies de l'Auteur.)

A l'examen, on constate, tout d'abord, que l'œil droit est, en tous points, normal. Son acuité visuelle est égale à dix dixièmes.

L'œil gauche, dont l'acuité est égale à dix dixièmes, ne présente, comme unique lésion, qu'une petite tumeur aplatie, de forme ovale, à grand axe long de 1 cm. 1/2, le petit n'ayant que 1 centimètre. Elle est située sous la conjonctive à laquelle elle n'adhère pas et siège à la partie supéro-externe du globe. Cette tumeur, qui fait une saillie d'environ 1 millimètre, est également mobile sur le globe oculaire. Sa couleur est jaune pâle. Nous avons fait le diagnostic de lipome sous-conjonctival et peut-être de luxation sous-conjonctivale de la glande lacrymale.

Le 7 octobre 1931, après anesthésie par instillation de cocaïne dans les culs-de-sac conjonctivaux et par injections de quelques gouttes au-dessous de la tumeur, nous en avons fait l'extirpation, sans difficultés. Sutures conjonctivales.

Le 27 octobre, la malade est complètement guérie, mais elle accuse une légère diplopie.

Le 26 novembre 1931, la sensation de diplopie a disparu, mais on constate un faux ptosis de la partie externe de la paupière supérieure gauche dû à la cicatrice conjonctivale qui est assez volumineuse.

Dans les semaines suivantes, le faux ptosis a disparu et tout est rentré dans l'ordre.

L'examen anatomo-pathologique a été fait au Laboratoire de microscopie clinique de la Faculté par M. le Professeur Sabrazès : « Il s'agit, dit ce dernier, d'une tumeur fibro-lipomateuse, mais présentant cette particularité d'être infiltrée par des stases lymphatiques. En plus des vaisseaux lymphatiques bourrés de lymphocytes moyens, on voit des nappes d'infiltration lymphocytiques un peu partout dans cette tumeur, lymphocytes agminés ou bien à l'état diffus. Les amas agminés ne montrent pas de centres germinatifs. Dans cette tumeur on trouve aussi des filets nerveux.

» En résumé, c'est une sorte de fibro-lipome avec des lymphangiectasies, voire même un élément lymphangiomateux. On n'a pas l'impression d'une tumeur maligne; on ne voit pas de mitoses. »

A l'examen microscopique, on observait de plus, à l'extrémité de la tumeur, du tissu glandulaire lacrymal.

Il y avait donc en même temps lipome sous-conjonctival et luxation sous-conjonctivale de la glande lacrymale.

Les microphotographies que nous reproduisons ci-contre, montrent : la première (faible grossissement), la structure générale de la tumeur, qui est celle de tous les fibro-lipomes; la seconde, cette infiltration lymphocytaire particulière, en nappes, apparaissant surtout au niveau des travées fibreuses, ainsi que les gros vaisseaux lymphatiques regorgeant de lymphocytes.

OBSERVATION II.

(Malade de la clientèle de M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX.)

V... (M.), 75 ans, employé dans un des grands lycées de Bordeaux, vient trouver M. le Docteur Beauvieux, fin octobre 1931, parce qu'il a constaté l'existence d'une tumeur dans chacun de ses yeux.

Rien de particulier n'est à signaler dans les antécédents héréditaires du sujet. Lui-même prétend n'avoir jamais été malade en dehors de crises de rhumatisme articulaire aigu qu'il présente de loin en loin et dont la première remonte à 1913.

Le début de l'affection qui l'amène consulter est passé tout à fait inaperçu. Il y a deux ans, sa femme remarqua un jour une sorte de « boule » dans le coin de son œil droit. Cette grosseur était plus apparente lorsque le malade regardait à gauche, mais restait cependant visible dans la position directe du regard. Quelques mois après, voulant comparer l'état des deux yeux, la femme du malade souleva la paupière gauche et fut surprise de découvrir à ce niveau, à un point exactement symétrique, une tumeur d'aspect semblable à la première, mais d'un volume moindre. Le malade est fort étonné de l'existence de ces deux lésions qui ne lui ont jamais occasionné la moindre gêne.

Au moment où nous examinons le sujet, celui-ci ne conserve plus que la tumeur de l'œil gauche. Celle de l'œil droit a été enle-

vée chirurgicalement le 5 novembre 1931 par M. le Professeur agrégé Beauvieux.

Examinant d'abord le côté opéré, nous n'apercevons rien d'anormal. A peine un peu de rougeur de la conjonctive dans le segment supéro-externe marque la place où siégeait le lipome.

Du côté gauche, lorsque le malade regarde en face de lui, tout paraît normal. Dès qu'il porte son regard en dedans, la tumeur apparaît dans l'angle externe de l'œil. Pour découvrir complètement celle-ci, nous devons inviter le sujet à regarder en dedans et en bas et écarter les deux paupières. Nous apercevons alors une tumeur du volume d'une noisette dont le grand axe est dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Sa surface est lisse, unie, recouverte par une conjonctive normale. Sa coloration rose jaune très pâle rappelle beaucoup celle du sable de nos plages. La palpation faite à travers la paupière ne révèle aucune douleur; elle montre que la tumeur est libre sur la sclérotique et sous la conjonctive sous laquelle elle glisse avec la plus grande facilité. Sa consistance est molle, presque fluide; elle fuit en masse sous le doigt qui voudrait la palper. Elle est très nettement pseudo-fluctuante et non réductible dans l'orbite.

Le malade déclare n'être nullement gêné par elle; il ne la sent même pas et peut faire exécuter à son œil tous les mouvements dans toute leur ampleur.

Le sujet est hypermétrope, avec O.D.G. + 2, V = 0,9 O.D.G.

M. le Docteur Beauvieux nous apprend que la tumeur de l'œil droit présentait le même aspect que celle-ci, mais qu'elle atteignait des dimensions beaucoup plus considérables; son volume était celui d'une grosse noix.

Le diagnostic de *lipome pur* fut porté pour les deux tumeurs.

Pour le côté droit, l'opération est pratiquée le 5 novembre 1931, sous anesthésie locale obtenue par injection sous-conjonctivale de scurocaïne à 2 p. 100. Une boutonnière est pratiquée au niveau de la conjonctive juste en regard de la tumeur. Celle-ci s'extériorise d'elle-même; on la déloge à l'aide de quelques coups de sonde cannelée. La plaie conjonctivale est suturée par quatre points à la soie.

Les suites opératoires sont tout à fait normales. Les points sont enlevés le neuvième jour.

Jugé inutile, l'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait. Macroscopiquement, la pièce présentait l'aspect d'un peloton adipeux de provenance quelconque. Quelques minutes après son extirpation, et sous l'influence de la température ambiante, elle se figea en un bloc solide qui prit une couleur jaune d'or, comme la graisse de canard.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur J. VIAUD.)

24 mai 1928 : L... (Jacques), 16 ans, étudiant à Bordeaux, a remarqué depuis quelques mois l'apparition d'une coloration jaunâtre dans l'angle externe de son œil gauche, au niveau de la conjonctive. A l'examen, ce malade présente un œil droit entièrement normal. A l'œil gauche existe, dans l'angle externe, une petite tuméfaction située sous la conjonctive bulbaire, de coloration jaune serin très pâle, finement lobulée, ne s'accompagnant d'aucun signe réactionnel, ni d'aucune douleur, spontanément ou à la palpation au travers de la paupière. Il s'agit d'un lipome sous-conjonctival. L'extirpation proposée est acceptée, mais, pour ne pas interrompre les études du patient, elle est renvoyée à la période des grandes vacances.

Revu le 5 septembre 1928, l'aspect du lipome est identique et il ne paraît avoir augmenté de volume que dans des proportions infimes. L'intervention a lieu le jour même : incision de la conjonctive suivant le diamètre horizontal; après anesthésie locale (injection sous-conjonctivale de 1 cc. de solution d'alcoïcaine à 5 p. 100). La conjonctive est soigneusement disséquée du lipome sous-jacent, à laquelle elle adhère par de fins tractus. Puis, la tumeur, prise en masse par une pince, est disséquée de la sclérotique très facilement. Suture de la conjonctive par deux fils de soie.

Suites opératoires tout à fait normales; les points sont enlevés

le quatrième jour. Instillation de collyre à l'argyrol matin et soir. Guérison complète environ dix jours après.

Revu le 7 juin 1930, ce malade est entièrement guéri : aucune récédive ne s'est produite.

2° Lipomes typiques.

OBSERVATION IV.

(WEIDLER, *A case of Lipoma*, in *Report of the proceedings of the section of ophtalmology of the New-York Academy of Medecine, Meeting of February. Archives of ophtalmology*, 1922, p. 404.)

G... (Mary), âgée de 44 mois; naissance normale, pas de dystocie; quelques jours après la naissance, la mère remarqua une petite masse rosée dans le canthus externe de l'œil gauche. Cette masse a continué à grossir, atteignant à présent un volume quadruple de la tumeur primitivement observée. La tumeur est librement mobilisable et s'étend loin au-dessus du globe et, derrière lui, dans l'orbite. Ces tumeurs sont congénitales, apparaissent ordinairement entre les insertions des droits supérieur et externe et sont des formations vraiment conjonctivales.

OBSERVATION V.

(QUERENGHI, *Archives d'ophtalmologie*, t. 40, 1890, p. 15.)

M... (M.), 59 ans, employé, résidant à Paris, se présente à la clinique du Docteur Landolt le 14 février 1889. Ce malade jouit d'une bonne santé habituelle et n'a jamais fait de maladies; bonne acuité visuelle, quoiqu'il soit obligé de se servir de verres pour la vision de près. Le début de l'affection qui l'amène date de douze à quinze ans. En se regardant au miroir, il vit, sous la paupière supérieure droite, vers l'angle externe, un repli membraneux, mou, indolent, sans coloration spéciale. Ce repli a commencé à

le gêner dans ces derniers temps; en augmentant de volume, il a empêché les mouvements de l'œil en dehors et en haut, rétrécissant ainsi le champ visuel de ce côté.

A l'examen direct, on voit la surface externe de la paupière supérieure droite uniformément tuméfiée. Au-dessous de celle-ci fait procidence une tumeur presque linéaire ayant la forme d'un repli membraneux, haut de 4 millimètres, partant de l'angle externe, touchant le bord cornéen et arrivant jusqu'à la moitié du bord palpébral supérieur.

La surface de la tumeur est unie, régulière comme celle de la conjonctive bulbaire, d'une couleur légèrement jaune citron, parcourue par un réseau de vaisseaux très minces. En écartant la paupière supérieure, on voit que celle-ci est parfaitement libre, que la tumeur s'implante sur le bulbe oculaire, arrive en s'amoin-drissant par degrés jusqu'au cul-de-sac externe supérieur, toujours revêtue par la conjonctive d'aspect normal. Le toucher n'occasionne pas de douleurs, on sent que la tumeur est molle, presque fluctuante, très mobile; on réussit très facilement à la refouler et à la cacher dans le cul-de-sac. Au-dessus de la tumeur, on peut soulever la conjonctive en de minces replis ⁽¹⁾.

Le bulbe oculaire est mobile dans toutes les directions; le malade se plaint seulement d'une gêne en exécutant les mouvements en dehors et en haut.

En écartant fortement la paupière de l'œil gauche, on voit une faible tuméfaction rougeâtre dans le cul-de-sac supérieur, qui fait penser que l'altération existe aussi de ce côté.

L'acuité visuelle est, pour les deux yeux : $V = 0,7$, qui, avec 0,5 cylindrique horizontal, devient, pour O.G. : $V = 1$, et, pour O.D. : $V = 0,9$.

Le Docteur Landolt fit le diagnostic de lipome sous-conjonctival de l'œil droit et proposa au malade l'extirpation, qui fut faite le 10 janvier 1889.

Pendant l'opération, on s'aperçut que la tumeur s'enfonçait un peu entre les muscles droit externe et droit supérieur.

(1) Il n'y a donc pas d'adhérence entre la conjonctive et la tumeur.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait au laboratoire de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

La tumeur était très irrégulière dans sa forme et présentait macroscopiquement un grand nombre de petits lobules; elle avait une couleur légèrement jaune citron et un poids d'environ 3 grammes.

La pièce durcie dans l'alcool absolu a été incluse dans la celloïdine, coupée au microtome et colorée au carmin neutre et à l'hémalum.

Les coupes présentent tous les caractères du tissu adipeux du lipome, comme ils sont décrits dans les traités d'histologie pathologique, c'est-à-dire qu'ils présentent une charpente de tissu conjonctif vascularisé dans lequel il se trouvait des cavités plus grandes que dans le tissu adipeux normal et remplies de graisse...

OBSERVATION VI.

(LAGRANGE, de Bordeaux, *Archives d'ophtalmologie*, 1900, t. 20, p. 299.)

L... (Marguerite), enfant de 2 mois, nous est apportée à l'Hôpital des Enfants le 24 janvier 1899 pour une tumeur de l'œil droit. Cette tumeur a la forme d'un gros grain de raisin aplati. Elle siège en face de l'attache du muscle droit externe, soulève la commissure et s'amasse jusqu'à 4 millimètres environ de la cornée. Ce néoplasme n'a par conséquent aucun rapport avec le limbe.

Lorsque l'enfant regarde en dedans, on distingue très aisément la zone scléroticale qui sépare la cornée du néoplasme, mais le poids même de la tumeur et surtout sa consistance molle lui permettent de proéminer suffisamment et de surplomber la région du limbe.

La consistance de la tumeur est très molle, elle est recouverte par la conjonctive, elle n'est pas réductible dans la profondeur de l'orbite et n'entraîne aucune exophtalmie. On ne distingue à la surface ni poils, ni épaissement particulier. Nous nous arrêtons au diagnostic de lipome sous-conjonctival congénital.

L'opération est faite sous le chloroforme très rapidement et très aisément; une incision horizontale de la conjonctive permet de faire une large boutonnière à travers laquelle la tumeur est enlevée presque aussi facilement que le contenu d'une noisette. Deux points de suture ferment l'ouverture, et la guérison obtenue rapidement reste depuis parfaitement stable.

Examen histologique. — L'examen histologique est très soigneusement pratiqué; il a coûté, à notre préparateur, et à nous-même, un temps infiniment long : il s'agissait en effet de savoir si vraiment ce lipome était un lipome pur et s'il n'y avait pas d'éléments dermoïdes mêlés à lui et jouant un rôle important dans son développement.

La tumeur a été tout entière débitée au microtome, une coupe sur cinq a été montée et examinée. Il nous a paru qu'aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature purement lipomateuse de l'affection.

3° Lipome adhérent.

OBSERVATION VII.

(BOURTZEFF, *Wiestnik Ophtalmologie*, 1907.)

C..., âgé de 24 ans, étudiant de cinquième année à l'Académie de Santé militaire de Saint-Petersbourg, vint nous trouver le 13 janvier 1907. Il se plaignait d'une tuméfaction de la paupière supérieure qu'il avait depuis son enfance. Cette tumeur n'a pas augmenté sensiblement, elle n'est pas douloureuse, mais gêne un peu les mouvements du globe droit.

A l'examen, dans la région du pli conjonctival, vers la commissure externe, dans la région qui correspond exactement à la moitié inférieure de la glande lacrymale, on aperçoit une tumeur du volume d'un petit pois, adhérente à la conjonctive qui a une couleur normale, mais un peu épaissie. A la palpation, la tumeur est d'une consistance ferme et élastique, comme si elle était lobulée.

Le 19 janvier, sur la demande du malade, la tumeur a été extirpée par le Docteur Bellarminoff, sous la cocaïne. La tumeur, dans sa partie inféro-interne, *adhérait à la conjonctive* et était difficile à détacher. Dans sa profondeur, l'extirpation était facile. Elle mesurait 9 millimètres; sa largeur était de 8 millimètres et son épaisseur de 3 millimètres. On suture la conjonctive et les points sont enlevés quatre jours après.

Examen histologique. — Sous l'épithélium conjonctival, on remarque une infiltration de cellules très petites et de nombreux vaisseaux sanguins, puis, une couche de tissu conjonctif, avec tendance à la dégénérescence hyaline. Le reste de la tumeur se compose de tissu graisseux ramassé sous forme de petits îlots avec les espaces de tissu conjonctif. On ne trouve *ni tissu glandulaire ni poils*, comme cela se voit dans les dermo-lipomes.

4° Dermo-lipome typique.

OBSERVATION VIII.

(Professeur DE LAPERSONNE, *in* thèse de Quesnel, Paris, 1903.)

Enfant masculin de 3 ans $1/2$.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

Au dire de la mère, la naissance de l'enfant aurait été suivie de l'expulsion d'un fœtus papyracé. Cette femme affirme, à plusieurs reprises, avoir entendu l'accoucheur qui l'assistait employer cette expression.

Dans les jours qui suivirent la naissance, on remarqua sur l'œil gauche, en haut et en dedans, l'existence d'une *petite masse un peu pointue, dont le sommet était recouvert de poils*. Cette tumeur a été enlevée en dehors de la clinique et, au dire des parents, semble repousser.

Au moment où l'enfant nous est présenté, il a un léger ptosis de la paupière supérieure. Le relèvement de cette paupière permet de reconnaître, en haut et en dedans, l'existence d'un papillome qui recouvre le quart supéro-interne de la cornée, et s'étend dans le cul-de-sac supérieur interne, sans toutefois occuper l'angle

interne. En haut, son étendue semble limitée par l'adhérence de la conjonctive palpébrale à la conjonctive oculaire (symblépharon léger).

La narration des parents fait porter le diagnostic rétrospectif de dermoïde enlevé/par abrasion. Un papillome s'est, par la suite, développé au point d'implantation de la tumeur.

Trois cautérisations ignées successives ont eu raison du processus proliférant.

3° Dermo-lipome sans poils.

OBSERVATION IX.

(Professeur LAGRANGE, *Archives d'ophtalmologie*, 1900,
t. 20, p. 299.)

S... (Ernestine), âgée de 8 ans, nous est amenée à l'Hôpital des Enfants-Assistés, le 17 janvier 1899, pour une tumeur siégeant sur l'œil gauche dans la région supéro-externe, entre les insertions du droit externe et du droit supérieur. Cette tumeur est du volume d'une grosse noisette; sa partie antérieure s'avance jusqu'à 8 millimètres du limbe et la partie postérieure atteint la région équatoriale. Par son extrémité interne et supérieure elle s'arrête à la région intercalaire, son extrémité externe et inférieure correspond à la commissure soulevée et distendue par le néoplasme.

Pour se rendre compte de la forme et du siège de la tumeur, il faut inviter le malade à regarder fortement en dedans et en bas. La tumeur est exactement recouverte par une conjonctive blanc rosé, d'apparence absolument normale partout, sauf en un point d'un blanc nacré placé en dedans. Ce point, gros comme un très petit grain de blé, d'une consistance fibreuse, adhère à la fois au néoplasme sous-jacent et à la conjonctive dont il est, à proprement parler, un épaissement.

L'instillation d'une goutte de cocaïne permet de palper la tumeur directement et de se rendre compte de sa consistance molle, lipomateuse. Il n'est pas possible de réduire le lipome, c'est-à-dire de le refouler dans la cavité orbitaire; il paraît être

dans une loge bien à lui et creusée dans l'espace sous-conjonctival.

L'origine congénitale est d'ailleurs certaine, les parents l'ayant remarquée à la naissance. Elle était alors très petite; depuis elle s'est accrue régulièrement, lentement, sans entraîner de gêne notable; et les parents conduisirent leur enfant à l'hôpital surtout parce que cette tumeur était disgracieuse.

Rien dans les antécédents héréditaires, dans l'état de la mère pendant la grossesse, ne nous paraît digne d'être noté.

Le 19 janvier 1899, nous procédons, sous chloroforme, à l'ablation du néoplasme, la conjonctive est facilement décollée à son niveau, sauf à l'endroit du point fibreux dont nous avons parlé, et la décortication du néoplasme se fait avec la plus grande facilité. L'orifice conjonctival est ensuite refermé avec deux points de suture au fil de soie.

L'examen de la tumeur a révélé les particularités suivantes :

Tout d'abord, la section de la pièce, grosse comme une petite amande, révèle dans l'intérieur la présence de petites cavités kystiques pleines de sébum; nous trouvons ainsi trois kystes sébacés bien nets; et cette constatation suffit à montrer qu'il s'agit bien d'un *dermo-lipome*.

L'examen histologique rend le diagnostic de dermo-lipome encore plus évident. Parmi de très nombreuses coupes, on en trouve quelques-unes qui renferment des îlots de fibres musculaires lisses. La paroi du kyste est formée par plusieurs rangées de cellules épithéliales.

6° Lipomes (1) coexistant avec d'autres malformations congénitales.

OBSERVATION X.

(GALLEMAERTS, *Annales d'oculistique*, t. CLVI, 1919, p. 216-218.)

La malade qui fait l'objet de cette observation est âgée de 37 ans, bien portante. Son père est mort d'une maladie du foie, sa mère

(1) Nous donnons ici au mot *lipome* son sens clinique et non anatomo-pathologique.

est morte d'hydropisie cardiaque; elle a eu 9 frères et sœurs, dont 2 mort-nés, 3 morts de méningite et 2 morts d'entérite. Elle présente à l'œil gauche un dermoïde haut de 6 millimètres, large de 8 millimètres, implanté sur la cornée, à l'extrémité externe du diamètre horizontal; le bord interne empiète sur la cornée et est précédé d'une zone blanchâtre dans le tissu cornéen; la plaque de dermoïde est jaunâtre, forme une saillie de 1 millimètre d'épaisseur; elle est chagrinée et présente plusieurs poils, dont un très long et implanté dans le centre. A 3 millimètres du bord postérieur, on trouve, faisant saillie dans l'angle externe, un *lipome* n'offrant aucune continuité avec le dermoïde de la cornée; ce lipome prend son plus grand développement vers le cul-de-sac inférieur. La vision de l'œil est de 0,5; il y a un astigmatisme irrégulier. A l'ophtalmoscope, on découvre, sur la choroïde, une traînée linéaire partant de la région ciliaire et se dirigeant vers la papille; la position de cette plaque mal délimitée, blanchâtre, correspond à celle de la fente choroïdienne; la structure de cette lésion n'est pas identique à celle du colobome choroïdien, mais elle en rappelle l'allure; la plaque est moins blanche et l'aspect nacré de la sclérotique est plus ou moins masqué par du pigment.

A l'œil droit, dont la vision est de 1, il existe également sur la choroïde, identiquement à la même place, une traînée linéaire de pigmentation qui correspond à un stade encore moins avancé de colobome choroïdien.

Cette coexistence d'un *dermoïde* de la cornée, d'un *lipome sous-conjonctival* et d'une ébauche de *colobome choroïdien* mérite d'attirer l'attention; elle indique une origine commune à ces diverses lésions... (*suit l'exposé de la théorie de van Duyse*).

OBSERVATION XI.

(Marc LANDOLT, Société française d'ophtalmologie,
Congrès de mai 1912,

Archives d'ophtalmologie, t. XXXII, 1912, p. 377.)

C'est l'observation d'un jeune homme de 20 ans, d'origine russe, porteur de deux ébauches d'oreilles supplémentaires au niveau

de l'antitragus droit et présentant à l'œil droit, à l'angle supéro-externe du cul-de-sac conjonctival, une tumeur volumineuse, saillante lorsque l'on écartait les paupières, se perdant en haut vers la voûte orbitaire, dépassant un peu vers le bas le diamètre horizontal et bien mobile au-devant du globe oculaire. Cette tumeur était relativement molle. Dans la région centrale, une plaque de teinte jaunâtre portait un grand nombre de poils fins de plusieurs millimètres de long, accompagnés d'autres poils plus petits et plus clairs. De la partie inférieure de la tumeur, la conjonctive se détachait pour former une sorte de bride qui se dirigeait horizontalement en dedans et s'insérait sur une cicatrice de la partie inféro-externe de la cornée provenant d'un dermoïde extirpé sept ans auparavant. L'œil gauche présentait, dans la région symétrique, une tumeur analogue moins étendue, mais fournie de poils plus longs. Une bride conjonctivale se détache encore de la tumeur, mais s'arrête à mi-chemin de la cornée.

A la coupe, la tumeur la plus petite présente une structure différant peu de la conjonctive dans ses parties périphériques; dans la région centrale cependant, une grande abondance de follicules pileux avec des glandes sébacées extrêmement volumineuses et en activité; pas de glandes sudoripares. Dans la profondeur se trouvent de gros vaisseaux accompagnés d'un peloton de faisceaux nerveux sinueux, très riches en tissu conjonctif et pauvres en fibres nerveuses.

L'autre tumeur présente un derme bien constitué, moins de follicules pileux, plus de tissu adipeux et, dans la profondeur, un petit lobule de glande lacrymale.

L'observation est intéressante à cause de la symétrie des tumeurs et surtout à cause de la coexistence et même de la confluence d'un dermo-lipome et d'un dermoïde du limbe; ce qui a son importance au point de vue de la théorie de la formation de ces tumeurs.

7° Lipomes atypiques.

A. — *Anomalie portant sur le volume de la tumeur.*

OBSERVATION XII.

(ALESSI, *Annales d'oculistique*, 1862, p. 41.)

T... (A.), un officier employé à l'arsenal de cette ville, me pria d'examiner sa fille, à laquelle notre art ne pouvait venir en aide; je m'adressai à l'officier même, atteint d'une grande difformité de l'œil gauche.

Une tumeur, de la *grosseur d'une noix*, était plantée sur l'hémisphère antérieure du globe de l'œil, dans la conjonctive scléroticale de l'angle externe; elle n'embrassait pas la cornée, mais elle induisait l'œil en un strabisme inférieur interne. La fonction visuelle n'en était nullement troublée. La base de la tumeur aurait été bien large si, en sortant de la paupière, elle n'eût pas été restreinte par la contraction habituelle du muscle orbiculaire. La consistance était molle, sa couleur jaune rougeâtre. Elle avait aussi tous les caractères de ce tissu morbide dont l'accroissement se fait lentement et sans aucune tendance à l'inflammation ni à la suppuration; elle consistait en une enveloppe externe conjonctivale sur laquelle étaient disposés des vaisseaux sanguins; l'intérieur renfermait plusieurs plans cellulieux pleins de graisse.

Ayant proposé l'ablation de cette tumeur et l'officier y ayant consenti, j'écartai les paupières avec l'ophtalmostat; je pris la tumeur avec une pince et je l'extirpai avec des ciseaux courbes sur le plat après avoir eu bien soin de la déraciner sur tous les points de sa base. Des compresses d'eau froide constituèrent le traitement consécutif. Le lendemain, le malade était guéri de la tumeur et du strabisme, parce que l'œil était dévié par la tumeur et non par l'attraction des muscles obliques et droit interne.

Une petite pinguécule avait été le début de cette maladie que l'officier avait portée pendant toute sa jeunesse sans y faire attention. Il raconte qu'un jour il avait reçu un coup sur l'œil et

que, peu de temps après, il s'était aperçu que la tumeur grossissait visiblement. Au bout de sept ans, elle était arrivée à la grosseur d'une noix.

B. — *Anomalie portant sur l'origine et le siège de la tumeur.*

OBSERVATION XIII.

(KNAPP, de New-York,

IX^e Congrès international d'ophtalmologie, Utrecht, 1889.)

En mars 1898, une dame robuste, Léona B..., de New-York, vient à la clinique; l'œil droit présentait de l'exophtalmie, et les deux paupières étaient si gonflées qu'elles cachaient complètement le globe oculaire. La tumeur s'était développée lentement, sans douleur ni inflammation. L'œil, qui présentait une atrophie du nerf optique, avait perdu sa vision depuis quelques années.

L'œil gauche a toujours été normal; on ne trouve rien aux paupières ni dans l'orbite.

A la palpation, les paupières présentent une consistance molle, cédant sous le doigt et donnant la sensation d'un corps gras. A l'intérieur, se trouve une masse, puis une seconde à la partie externe de la paupière supérieure; toutes deux se présentent comme des tumeurs sphériques recouvertes par la conjonctive. La tumeur qui siège sur la paupière inférieure est uniforme. L'altération de la figure est très prononcée, et la malade à hâte de voir enlever cette tumeur qui la signale à l'attention de tous.

Le diagnostic de lipome ne pouvait éveiller aucun doute. Les paupières ressemblent à celles d'une personne grasse, et la tumeur qui se trouve à la partie externe de la paupière supérieure a l'apparence du lipome sous-conjonctival que l'on rencontre à l'ordinaire.

L'opération fut pratiquée en trois séances. La conjonctive est incisée entre les droits externe et supérieur et la masse graisseuse est enlevée aux ciseaux. La plaie est suturée et cicatrise par première intention.

Le résultat fut si satisfaisant que la malade se laissait opérer de la paupière inférieure le 23 mai 1898.

On fit, à la paupière inférieure, un lambeau allant du côté nasal au côté temporal, et le pannicule graisseux accumulé dans la paupière et à la partie inférieure de l'orbite fut extirpé. Les masses étaient si étendues que, une fois enlevées, de nouvelles firent irruption de la profondeur, englobant le muscle oblique inférieur. On dut enlever une grande partie de tissu entre le globe oculaire et le plancher de l'orbite afin d'obtenir un résultat satisfaisant. La plaie est suturée; sa cavité était remplie de sang qui se résorba sans amener de troubles. La guérison s'opéra graduellement et l'opération ne laissa aucune cicatrice. La paupière est maintenant moins gonflée, le globe oculaire qui adhère au plancher de l'orbite a perdu un peu de ses mouvements. La malade n'en est nullement incommodée, comme l'œil a perdu sa vision.

La troisième opération, faite le 22 janvier 1899, fut semblable à la première.

La tumeur s'étendait considérablement sur la sclérotique; sa portion superficielle était plutôt fibreuse, tandis que la partie profonde avait tendance à s'enfoncer dans l'orbite. La guérison se fit sans accidents. La malade est satisfaite du résultat bien que les mouvements des paupières et du globe oculaire soient restreints.

CONCLUSIONS

I. — Le terme de lipome sous-conjonctival doit comprendre toutes les tumeurs de la conjonctive oculaire sous-jacentes à celle-ci et dans la structure desquelles prédomine le tissu adipeux.

II. — C'est une affection rare et presque toujours congénitale.

III. — Les lipomes purs sont des dysembryomes. Les dermo-lipomes se développent aux dépens d'inclusions ectodermiques résultant probablement d'adhérences pathologiques et temporaires de l'amnios à la vésicule optique.

IV. — Dans les cas où la tumeur est à la fois dépourvue de poils et adhérente à la conjonctive, il est impossible de faire le diagnostic clinique de variété.

V. — Le diagnostic clinique différentiel d'avec les autres tumeurs de l'œil est facile, sauf dans le cas de hernie sous-conjonctivale de la graisse orbitaire.

VI. — Le traitement est uniquement chirurgical. Il consiste en l'ablation de la tumeur.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. TEULIERES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et LANNELONGUE. — Traité des kystes congénitaux, t. I, 1900.
- ALESSI. — Un cas de lipome sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil. *Ann. d'ocul.*, 1862, p. 41.
- ALT. — *American Journal of Ophthalmology*, 1889, S. 39.
- AYRES. — *American Journal of Ophthalmology*, oct. 1885.
- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie. Steinhel, 1914, p. 231-386.
- BADAL. — Tumeurs congénitales des globes oculaires, *Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux*, 28 juin 1881.
- BÖGEL. — Über das subconjunctivale lipome. *Græf's Archives*, t. XXXII, 1886, p. 129.
- BOURTZEFF. — *Wiestnik Ophtalmologü*, 1907.
- BACCHINI. — Sopra un lipoma congenito della congiuntiva. *Bollettino d'Oculistica*, Firenze, p. 61, t. II.
- BURCHARDT. — *Centralblatt f. pr. Augenheilkunde*, martz 1884.
- BRAULT. — Lipomes congénitaux des deux yeux. *Arch. d'opht.*, t. XVII, 1897, p. 440.
- CARBONI. — Contribuito clinico e anatomica alla conoscenza dei lipomi puri sotto-congiuntivali. *Rev. gén. d'ophtal.*, Genève, 1925, p. 418.
- CARMI. — Considerazioni su due casi di teratomi corneo congiuntivali. *Ann. di Ottalmologia e Clinica Ocul.*, p. 612-618, 1926.
- CLAEYS. — Tumeurs lipomateuses de l'œil. *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1880.
- DE GRÆFFE. — *Prager Vierteljahrschrift*, t. II, 1853.
— *Archives für Ophtalmologie*, B III, 1856.
- DEMOURS. — Traité pratique des maladies des yeux, 1828.
- DESMARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. II, p. 372, p. 180.

- DESNOS. — Un nouveau fait de lipomes diffus, symétriques, d'origine arthritique. Soc. méd. des Hôp. de Paris, séance 10 juill. 1891.
- DE WEKER. — Traité pratique des maladies des yeux, t. I, 1880.
- DUBREUIL (G.). — Leçons d'embryologie humaine. *Publication du laboratoire d'anatomie générale et d'histologie de la Faculté de médecine de Bordeaux*, 1927.
- EMMERT. — Congenitales Dermoïd in Centrum der Hornhanteinies Kalbes. *Centralblatt f. Schweiz Aerzte*, 1873.
- EWETZY. — Sur un lipodermoïde semi-lunaire de la conjonctive. *Arch. d'ophtal.*, 1898.
- FANO. — Sur un cas de dermo-lipome sous-conjonctival. *Gaz. des Hôp.*, 1869, n° 27, et *Ann. d'ocul.*, t. XLIX, p. 24.
- FIGANO. — *Annali di Ottalmologia de Quaglino*, F. IV, 1884.
- FUCHS. — *K. K. Gesellsch d. Aërzte*, in Wien, 1892.
- Traité d'ophtalmologie, Paris, 1906.
- GALEZOWSKI. — Lipomes de la conjonctive. *Journ. d'ophtal.*, 1872, p. 312.
- GALLEMAERTS. — Dermoïde de la cornée et lipome sous-conjonctival. *Ann. d'ocul.*, 1919, p. 216-218.
- GALLENGA. — Contribution à l'étude des tumeurs de la conjonctive et de la cornée, *Ann. d'ocul.*, 1885, p. 215.
- Nuovo contributo allo studio dei tumori congeniti della congiuntiva. *Ann. di Ottalmologia*, 1889, p. 241.
- GAYET. — Article *Cornée* du dictionnaire encyclopédique, t. XX.
- GRANDCLÉMENT. — Deux lipomes sous-conjonctivaux symétriques. *In thèse de Mazé*, Lyon, 1910.
- GUINARD. — Précis de tératologie. Anomalies chez l'homme et chez les animaux.
- GUN. — Congenital malformations of eye-ball and its appendages. *Ophthalmic Review*, sept. 1889.
- HADJIDEMETRIUS. — Contribution à l'étude du lipome sous-conjonctival. Thèse de Montpellier, 1890.
- HEYFELDER. — *Deutsch Klin.*, n° 28, 1858.
- HIRCHSBERG et BIRNBACHER. — *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1883.

- HOCK. — Zwei Foelle von Lipoma subconjunctivale. *Prag. Med. Wolchenschr.*, n° 10, 1877.
- HOSCH. — *Ann. für ophtalmologia*, 1906.
- HUBBEL. — A case of peculiar congenital growth at the inner canthus. *Transactions of the American Opht. Society*, 1885.
- KALT. — Sur une tumeur bénigne de la conjonctive bulbaire. *Arch. d'ophtal.*, 1889.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.
- KORANKA. — *Ann. d'ocul.*, 1854.
- KNAPP. — IX^e Congrès international d'ophtalmologie, Utrecht, 1889.
- KRAILSHEINER. — Contribution à l'étude du dermoïde de l'œil. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, t. 13, 1913, p. 798.
- KRANKA. — Tumeurs lipomateuses de la conjonctive oculaire. *Ann. d'ocul.*, 1854, p. 103.
- LABAT. — Dermoïde de la conjonctive. *Revue vétérinaire*, avril 1886.
- LAGRANGE. — Lipomes et dermo-lipomes sous-conjonctivaux. *Arch. d'Ophtal.*, t. XX, 1900, p. 299-312.
- Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes, 1901.
- LAGRANGE et VALUDE. — Encyclopédie d'ophtalmologie, t. II et t. V.
- LANDOLT (Marc). — Un cas de lipodermoïde symétrique de la conjonctive. Société française d'ophtalmologie, Congrès de mai 1912. *Arch. d'ophtal.*, p. 377, 1912.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, t. I, 1900.
- LARBOURET. — Contribution à l'étude des dermoïdes de l'œil. Thèse de Paris, 1885.
- LETULLE (M.). — *Anatomie pathologique*, t. I, p. 124 et 192, 1931.
- LEVI. — Lipoma della congiuntiva. *Bolletino d'Oculistica*, n° 4, 1878.
- MACKENSIE. — Maladies de l'œil, t. III.
- MANFREDI. — Lipodermoïde congenito con difetto di sviluppo dell'occhio. *Rivista clinica*, 1869.

- MAZAN DE CAZELES. — *Journ. de méd.* t. XXIV.
- MASERAS. — Tumores de la congiuntiva. *Gaceta medical de Barcelona*, t. IV, p. 269.
- MAZÉ. — Contribution à l'étude du lipome sous-conjonctival. Thèse de Lyon, 1910.
- MILLER. — Dermoïd of the conjunctiva; report of a case. *South medical Journal*, t. XIV, p. 42-43, 1923.
- MORAX. — Pathologie oculaire, histo-pathologie de l'œil et de ses annexes, p. 76, Paris, 1921.
- NEISSER. — Stereoscopischer Medicinischer Atlas. *Ophthalmologie Tafel*, 497, Leipzig, 1901.
- NOBBES. — Uber die lipodermoïde der conjunctiva. *Arch. für ophthalmologie*, L. LXIX, p. 334.
- OMBRÉDANNE. — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile, Masson, 1923.
- OSBORN. — Cystic and Dermoïd tumours of eyes. *Saint Thomas Hospital Report. New series*, t. IV.
- PANAS. — Dermoïdes de l'œil. *Union médicale*, 1885.
— *Archives d'ophthalmologie*, janvier 1902.
- PANAS et PONCET. — Maladies des yeux, t. II.
- PARINAUD. — Dermo-épithéliome de l'œil. *Arch. d'ophtal.*, t. IV, p. 349, 1884.
- PICQUÉ. — Affections congénitales de l'œil. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- PONCET et PANAS. — Traité des maladies des yeux, t. II.
- POTAIN. — Note sur une variété de tumeur lipomateuse (Etude d'anatomie et de physiologie pathologiques). *Bull. de la Soc. de méd. des Hôp. de Paris*, 1891, p. 371.
- POULARD. — Traité d'ophthalmologie, Paris, 1923.
- QUERENGHI. — Lipome sous-conjonctival de l'œil droit. *Arch. d'ophtal.*, 1890, p. 15.
- QUESNEL. — Essai sur la pathogénie des dermoïdes et demo-lipomes du globe de l'œil. Thèse de Paris, 1903.
- REUSS. — Subconjunctivals lipomes. *Central. für Augenheilkunde*, t. XV, 1891, p. 184.
- REYMOND. — Tumeurs congénitales de la cornée et de la sclérotique. *Ann. d'ocul.*, t. XCIV, 1885, p. 217.

- RICHARD-DERBY. — *Transactions of the American Ophthalmic Society*, N. Y., 1878.
- RIECKE. — Beitrag zur kenntniss der epibulbären Tumoren. *Arch. für Augenheilkunde*, Bd XXII, p. 239.
- ROCHAT. — *Ann. d'ocul.*, t. CXXXVII, 1906.
- ROGMANN. — Lipomes sous-conjonctivaux. *Ann. d'ocul.*, t. CXIX, p. 81, 1898.
- ROLLET. — Trois cas de lipomes sous-conjonctivaux. Congrès d'ophtalmologie d'Oxford et *The Ophtalmoscope*, 1907, p. 481.
- RYBA. — *Prager Vierteljahrschrift*, t. II, 1853.
- SCHEISS-GEMUSEUS. — *Zehender's Monatsblätter*, t. XVI, S. 484, 1878.
- SCOCCIANTI. — Teratoma bilaterale simmetrico della congiuntiva in un neonato. *Annali di Ottalmologia e Clin. Ocul.*, t. III, p. 255, 1925.
- SOCIN-BERNARD. — Lipoma subconjunctivale. *Arch. für pathol. Anatom.*, X. 41, p. 550.
- SOEMISCH. — *Archives für Ophtalmologie*, t. 10, p. 215.
- TALKO. — Lipochondroadenoma bulbi. *Zehender's Monatsblätter*, 1888, XXVI, 5, 20.
- TERRIEN. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes, 1921, p. 404.
- TILLAUX. — Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil. *Union médicale*, 1885.
- TRUC. — Observation d'un lipome sous-conjonctival. In thèse de Hadjidemetrius, Montpellier, 1890.
- UHTHOFF. — Lipodermoid der conjunctiva, in Neisser. *Stéréosc. Medicin. Atlas*, t. 497, 1901.
- VAN DUYSSE. — Note sur un cas de lipo-demoïde sous-conjonctival du pli semi-lunaire. *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1882, et *Clinique ophtal.*, 1898.
- VALUDE et LAGRANGE. — Encyclopédie d'ophtalmologie, t. II et t. V.
- VASSAUX. — Sur quatre cas de dermoïdes de l'œil. *Arch. d'ophtal.*, 1883.
- VIRCHOW. — *Arch. für path. Anat. und Physiologie*, Bd IV, 1854.
- WALLENBERG. — Über die Dermoid geschwulste des Auges, Königsberg, 1889.

- WARDROP. — Essay on the morbid anatomy of the human eye.
- WEIDLER. — A case of Dermo-lipoma (Section on ophtalmology of the New-York academy of Medecine). *Arch. of Ophtalmology*, L. I., p. 404, N. Y., 1922.
- WEYMANN. — Fibro-lipoma of the conjonctive. *Opht. Record*, 1892.
- WICHERKIEWICZ. — *Hirschberg's Centralblatt. f. pr. Augenheilkunde*, januar 1884.
- WOLF. — Dermoid der Karunkel. *Zehender's Monatsblätter*, Bd XXIX, 1891.
- WUEDERMANN. — *American Journal of Ophtalmology*, september 1888.
- WULFF. — Sur un cas de dermo-lipome du pli semi-lunaire. *Clinique Ophtal.*, 1898.

